

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2671200109		
法人名	株式会社 ケアトラスト		
事業所名	グループホーム メイプルリーフ		
所在地	京都府宇治市木幡南山74-7		
自己評価作成日	平成24年6月11日	評価結果市町村受理日	平成24年10月30日

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	http://www.kaigokensaku.in/26/index.php?action=kouhvou_detail_2010_022_kani=true&JizvosvoCd=2671200109-00&PrefCd=26&VersionCd=
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人 市民生活総合サポートセンター
所在地	〒530-0041 大阪市北区天神橋2丁目4番17号 千代田第一ビル
訪問調査日	平成24年8月27日

【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

当ホームは、宇治市の住宅街の中に位置し、民家型ホームでとても家庭的な雰囲気です。利用者定員が6名で、非常に小規模なホームであり、職員は、この小規模ホームの強みを活かし、小規模ならではのケアに意欲的に取り組んでいます。「自立」「開放」「支え合い」「前向き」の4つの理念のもと、毎年職員が意見を出し合って年間目標を設定し、目標達成に向け、職員は積極的にケアにあたっています。毎年の積み重ねにより、目標はより具体的に、より発展的になっています。また、利用者の希望にすぐに対応できるのは、小規模ホームならではの強みだと理解し、できる限り、外出や行事、レク等、利用者・家族の意向を取り入れたケアを実践しています。また、終末期ケアにも取り組んでいます。

【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

宇治市に始めて開設された当該ホームは、住宅街の中にあり地域の人にグループホームの事を知って貰えるように取り組み、開設後12年の経過の中で、日常的に近隣の方々と声を掛け合ったり、出会った時に認知症の事や利用について相談される関係が築かれています。事業所主催の夏祭りは広報の仕方を工夫し、親子の参加が増えてきたり、参加した子ども達が事業所に花を持ってくる等、訪ね易くなっています。家庭的な環境の下、職員の丁寧な対応で、利用者が一人ひとりのペースで過ごすことができ、また外出を多く行うことで日々楽しみを持ち暮らせるように支援しています。職員から出された意見や提案は、代表者に挙げていき実現する事で職員の士気が高まり、今後は全家族が参加できる運営推進会議を開催して交流の場を増やしていきたいと意欲的に取り組まれています。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1~55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します

項目		取り組みの成果 ↓該当するものに○印	項目		取り組みの成果 ↓該当するものに○印
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる (参考項目:23,24,25)	○ 1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 4. ほとんど掴んでいない	63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができています (参考項目:9,10,19)	○ 1. ほぼ全ての家族と 2. 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 4. ほとんどできていない
57	利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある (参考項目:18,38)	○ 1. 毎日ある 2. 数日に1回程度ある 3. たまにある 4. ほとんどない	64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている (参考項目:2,20)	○ 1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度 3. たまに 4. ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:38)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが広がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)	○ 1. 大いに増えている 2. 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くいない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きした表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	66	職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12)	○ 1. ほぼ全ての職員が 2. 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 4. ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている (参考項目:49)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている (参考項目:30,31)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う	○ 1. ほぼ全ての家族等が 2. 家族等の2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 4. ほとんどできていない
62	利用者は、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている (参考項目:28)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない			

自己評価および外部評価結果

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
I. 理念に基づく運営					
1	(1)	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	法人共通の理念を、玄関・事務所に掲示し、常に意識できるようにしている。また、理念をもとにして、スタッフ全員の意見を出し合っ、1年ごとのホームの目標を立て、定期的に振り返りもしながら実践している。昨年度までの取り組みを活かし、より具体的に向上を目指した目標が立てられるようになっている。	開設時に社長が理念を作り、開放と支え合いを大切に掲げられており、事務所と玄関に掲示し日々職員に意識づけています。入職時や会議でも振り返り、年度末に実践状況を踏まえた来年度の目標を立て、次に繋げるように話し合っています。	
2	(2)	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	地域との関わりを大切にしたいと考え、掲示板を活用し、情報を発信したり、ボランティアの募集や行事（お花見、夏祭り、もちつき等）への参加の呼びかけを行っている。また、近くの保育園の運動会や新年会に招待してもらったりと交流を持っている。散歩や庭での活動を通して、近所の方と顔を合わす機会が多く持てるようにしている。	散歩時や庭にいる時に地域の方の声かけや相談があったり、近隣の子も達が花を持って尋ねてくれることもあります。町内会に加入し、自治会の災害訓練を聴き参加をしています。保育園児との交流や地域のボランティアが開催する交流の場にも参加をしています。事業所の夏祭りは周知の方法を工夫し参加者が増えて来ています。	
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	特に、地域の方へ役立つ取り組みは行っていないが、ホームの行事への参加を呼びかけ、まずはホームについて知ってもらい、身近なものだと感じてもらえるように取り組んでいる。また、時々、近所の方から介護についての相談を受けることがあり、対応できる範囲で相談に乗っている。		
4	(3)	○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	報告は、写真のスライドショーを利用し、できるだけ実際の様子が伝わりやすいように工夫している。民生委員や包括職員から地域の情報を得て取り組みに活かしている。委員の方にも、毎月の通信(写真入り)を配布し、状況を伝えている。	会議は民生委員や地域住民代表、家族代表、地域包括支援センター職員のメンバーで隔月に開催し、スライドで活動報告や情報提供、意見交換をしています。介護保険の事や緊急時の対応等消防署職員による学習会もしています。参加者の意見から家族と共に集う行事を開催する等サービスに活かしています。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる	何か分からないこと等があれば、市担当者を訪問したり、電話をして、相談をしている。また、月1回、市からの介護相談員を受け入れている。	運営推進会議の議事録を担当課に持って行き、介護保険の事を教えて貰ったり、電話で相談をする等、担当者とは良好な関係を築いています。介護相談員を受け入れ毎月の報告や年1回市担当課が開催する会議に出て意見交換をしています。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	法人の理念にも、「開放」の項目があり、職員は身体拘束による悪影響を正しく理解し、身体拘束は一切行っていない。利用者が日々、穏やかに安心して暮らしていくにはどのようなケアに取り組んでいけばいいのか、ということを考え、実践している。	事業所内で年1回「身体拘束をしないケア」の研修をし共通認識を持っています。理念の一つに「開放」と掲げ施錠をせず、利用者の行動は常に待つ姿勢で、何時でも外に出られる様にする事で、拘束感を持たない様に支援しています。言葉にも気をつけ不適切な対応に気が付けば、管理者に確認したり職員同士で話し合い振り返っています。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている	毎年1回、高齢者虐待、身体拘束についての研修を行い、意識付けを行っている。職員は、虐待・身体拘束防止への高い意識を持って業務に当たっている。ストレスをためないように、職員同士でフォローし合い、息抜きすることの大切さを理解し、互いに声かけ、実践している。		

グループホーム メイプルリーフ

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	事業所としての研修は実施しておらず、個人での学習に留まっている。制度が必要な利用者に関しては、後見人等と協力して手続きの支援をしている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	契約時に契約書、及び重要事項説明書を十分に説明し、理解して頂いている。また、改定の際は、通知を出し、周知徹底を行い、質問等も受け付けている。		
10	(6)	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	年2回のケアプラン更新時には、前もって意向を聞き取り、ケアプランに反映させるようにしている。また、ケアプラン説明時にも、時間を取って話し合いを行っている。	面会の時や電話で意見を聴いたり、敬老会等の行事に家族に来て貰った際に聴くようにしてます。家族からの意見を受けて、連絡をメールで送るようにしたり、家族と一緒に楽しめる行事を多くするなど、職員で話し合いサービス向上に結び付けています。	
11	(7)	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	代表者により年3回常勤面談を実施し、意見を出す機会をもうけている。また、全職員を対象に定期的にアンケートを実施し、職員の意見を反映させた取り組みを行っている。それにより、全職員が意欲的に取り組めるようになった。	毎月の職員会議やケース会議、年3回の個人懇談で意見を聴いています。また、年2回行う職員のアンケートを実施し、様々な意見が出されています。畑づくりに取り組んだり、行事についての意見を反映することで、職員の士気が高まっています。	
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	各自、年間の短期目標、長期目標を立て、年3回の代表者による面談で振り返りを行っている。また、給与体系は就業規則に記載しており、資格や役職等により手当が整備され、目標の目安になっている。		
13		○職員を育てる取り組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	各職階に応じて、定期的に研修会を行い、代表者も参加している。外部への研修は、指名するほか、職員の意思により参加している。研修に参加した際には、研修報告書を提出し、他職員にも伝達できるように取り組んでいる。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている	GH連絡会、GH協会に参加し、他法人の職員と交流する機会を設けている。連絡会等では、さまざまなテーマの勉強会や職員交換研修等を行っている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	会話により、ご本人が何を望んでいるのか、理解・把握し、また、ご本人の気持ちを引き出せるように努めている。また、ご家族への聞き取りやセンター方式を使用し、情報を収集するように努めている。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	サービス利用前のホームの見学や自宅での面接にて、アセスメントを行い、ご本人、ご家族の意向を引き出し、話し合いをもちながら、問題解決に努めるようにしている。また、随時、連絡を取り合い、ご家族との会話を大切にしている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	本人、家族の意向を聞き取り、医師や鍼灸師、福祉用具事業所、行政等へも相談しながら、必要な支援の見極めをし、多様な可能性を考慮した対応に努めている。		
18		○本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	家事(料理、洗濯、掃除等)を一緒に行い、利用者同士やスタッフと助け合う関係を築いている。また、それぞれの得意分野を活かし、調理や裁縫や生け花等活躍する機会を設け、スタッフも教わっている。利用者同士も自然と声を掛け合う関係ができています。		
19		○本人を共に支えあう家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	本人や家族の意向を聞きながら、できる限り本人と家族がつながりを感じていられるよう、協力を頂いている。時間がある時には、介助に参加して頂くように声かけもしている。また、ご家族来訪時には、日常の様子を報告し、ご家族からはこれまでの生活について聞き取りをしたりと新たな情報交換に努めている。		
20	(8)	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	本人の意向を聞き、家族の協力も得ながら、自宅や自宅周辺の思い出の場所に行ったり、電話や手紙でやり取りをしたりと、これまでの馴染みの関係の継続を大切に、思いが消えないようにしている。また、写真も活用し、いつでも見れるようにしている。	馴染みの場所である自宅や美容院に行ったり、スーパーでの買い物、ドライブで宇治市内を回り、懐かしい場所に出かけています。家族が訪ねてきたり電話や手紙でやり取りをする等の支援をしています。利用者同士で少し昔の写真や夫の写真を持ち寄り、昔話をして懐かしむこともあります。	
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せず利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	利用者自身に家事やお手伝いをして頂くことで、自然とお互いに声を掛け合う関係ができています。また、場の雰囲気作りや楽しめるものを提供し、時には、協調性や譲り合いを促している。寝込んだ時には、心配したりと気遣う関係もできています。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	必要時に連絡をとったり、希望されるご家族には、継続して行事の連絡をし、参加をしてもらっている。		
Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	(9)	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している	日ごろから本人の意向をくみ取することを大切にしているが、ケアプラン更新時には、必ず本人に直接思いや暮らし方の希望、意向を聞き取っている。また、希望の外出先へ出掛けることで、新たな希望を引き出すことができるようになった。	入居時に利用者・家族から思いや意向を聴き、利用者の立場に立ち記録にまとめて意向や思いの把握に努めています。日々の生活の中で寄り添い聴いていますが、上手く伝えられない場合は普段の様子から楽しそうな時や嫌な顔をしている事を見て取り、ケア会議で話し合い本人本位に検討しています。	
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	入所時のアセスメント、センター方式を定期的に振り返り、これまでの生活歴等の把握に努めている。また、ご本人との会話の中で伺ったことは、職員間でも共有するように努めている。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	バイタルチェックや一日の様子、表情等を毎日出勤職員全員がケース記録に記入し、職員が共通して把握できるように努めている。また、ケース会議では、モニタリングと合わせて、変化があったことについて共有するようにしている。		
26	(10)	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	月1回のモニタリングと年2回のケアプランの見直しを行い、変化があればその都度ケース会議、ご家族との話し合いを行っている。	介護計画は、初回アセスメントを基にして、計画作成者が暫定の計画を立て、ケア会議で職員の意見を聴いて作成しています。計画見直しの前には家族に希望用紙に記入して貰ったり電話で意向を聞き、往診時の情報を必要時取り入れて計画に反映しています。日々の記録に実施状況を記入し、毎月のケース会議でモニタリングを行い3か月毎に評価を行い、6ヶ月毎に計画を見直しています。	アセスメント用紙の変更等を検討されていますが、職員のケアが統一できるようアセスメントを充実されることを期待します。また、介護計画の評価がわかりやすくなるよう、記録の工夫をされてはいかがでしょうか。
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	日々の記録により、状態を把握し気づいたことをすぐに話し合い、実践してみて、月1回のケース会議で統一している。状態の変化が見られる時には、リハビリDr.、医師等に相談し、実践し改善を目指す工夫をしている。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	本人・家族と十分に納得できるまで話し合いを行い、できることは柔軟に対応するように努めている。		

グループホーム メイプルリーフ

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	それぞれの能力や嗜好に合わせ、ケアプランを立て、自身の能力をできる限り発揮し、イキイキと生活できるように支援している。その際には、職員はそばで寄り添ったり、応援、介助を行い、それが安全に実行できるようにしている。		
30	(11)	○かかりつけ医の受診支援 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	入所時、又は随時、本人・家族の希望により、これまでのかかりつけ医からホーム医へ移行したり、これまでのかかりつけ医を継続したりと意向に合わせて対応している。必要時には、往診時にご家族に来てもらい、医師と直接話しをして頂いている。	以前からのかかりつけ医を継続できる事を説明し、受診時は情報を書面で渡したり、物忘れ外来や家族の依頼により職員が同行する事も有ります。協力医は月2回往診があり、受診しているかかりつけ医とは医師同士の連携がとれています。協力医と看護師の医療連携体制を整えられ、24時間対応が可能です。	
31		○看護職との協働 介護職は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	月2回の往診時や必要時に電話等により看護師や医師に報告や相談をし、指示や助言を受けている。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	利用者が入院した際には、(もともと数日と決まっている入院は除く)管理者・ケアマネ等が家族と共に病院関係者とのカンファレンスに参加し、状況交換・把握に努め、ホームのできる対応について確認している。		
33	(12)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	重度化した場合の指針は、入所時に説明し、同意を得ているが、継続して、ケアプラン更新時等に重度化した場合の意思確認を行っている。また、随時必要な時に医師、看護師も交えて、事業所でできること、家族の協力が必要なこと、救急時の対応等細かく話し合いをし、協力し合って取り組んでいる。看取りも行っている。	本人・家族には「重度化した時の指針」を基に契約時に説明をし同意を得て、少なくとも年に1回は意向を確認しています。看取りの経験があり、容態変化の時に医師、看護師、家族も交え話し合い、家族の面会を増やしながら、チームで支援しています。看取り後も振り返りのアンケートをして、気持のケアと今後に繋げられる様に取り組んでいます。	
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	全職員が普通救命講習を2年に1回受講している。緊急時の対応マニュアルにより対応方法を把握し、実践している。AEDも備えている。救急対応時に必要な項目をチェックシートとして作成し、緊急時に備えている。		
35	(13)	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	グループホーム火災を受け、今年度も回数を増やして避難訓練を実施している。夜間の想定も実施。近隣住民から、避難場所として緊急時に住宅を開放して頂けるとの申し出を受け、依頼している。また、DV研修にて職員に火災時についての意識付けを行っている。近所の方にも消防訓練に参加してもらった。運営推進会議にも消防署に参加して頂き、助言をもらい、協力体制の構築を図っている。	防火管理者が立てた計画で、年2回は昼夜想定で消防署の立ち合いの訓練を行い、通報やスプリンクラーの取り扱い、初期消火等の自主訓練も年2回実施しています。近隣の方から一時避難場所としてガレージ提供の協力があり、ガレージまで誘導する訓練をしています。また、地域の自主災害訓練に利用者と共に参加をしています。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(14)	○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	事業所としての目標を立て、アンケートや会議等で意識を促し、人格の尊重、日常の言葉などにも注意をしている。	法人の接遇研修を受講しています。事業所の方針として、「人生の先輩として敬います」と挙げられており、丁寧に対応することを目標として、慣れ合いにならない様に常に会議で意識づけています。職員の言動で不適切なことがあれば個別で注意をしたり、会議の場で皆の振り返りに成るように話し合っています。	
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	選択できる言葉かけや何気ない言葉に耳を傾けている。選択が難しくなった利用者には、二者択一で質問をしたりとできる限り本人の意向を聞き取るように努めている。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切にし、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	無理なくマイペースで過ごせるよう支援し、散歩や外出等にもできる範囲で希望に沿って支援している。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	本人の希望に添えるよう、時にはアドバイスも行い、支援している。		
40	(15)	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	本人の様子を見ながら、希望を聞いたり、声をかけて職員と一緒に行動するように努めている。料理が得意な方には、1品お任せして作ってもらい、他の方にも伝える等することで、やりがいを感じてもらえるようにしている。	献立はその日の朝に雑誌や広告を見ながら利用者と共に決めて、買い物に行っています。調理は利用者と共に食材を切ったり、盛り付け、配膳、下膳、食器洗い等、各自が出来る事を行っています。食事は1つのテーブルを囲み職員と利用者が食べて、笑い声や話し声が聞こえる和やかな雰囲気となっています。	
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	記録、申し送りにより、状況把握をし、必要があれば、食事時間をずらしたり、食事形態を変えたり、補助食を用いたりして必要量の確保に努めている。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	本人が出来ない部分は援助し、清潔保持に努めている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
43	(16)	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立にむけた支援を行っている	自立の方へは、状態の把握に努め、介助が必要な方へは、声かけにて誘導し、できない事のみ援助を行っている。誘導回数もそれぞれ必要な回数に合わせている。	介助の必要な人は排泄チェック表を用いて排泄パターンを掴み、それを目安にして利用者の仕草や立ち上がり方等のサインを観て誘導しています。誘導する事で失敗せずにトイレで排泄出来る事が増えてきています。入居前に紙パンツで過ごしていた人が、自立に向かい布パンツとパッドに変えるなど、おむつの使用が減っている人もあります。	
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	栄養のバランスや食事量は、常に意識し、便秘予防のため、水分量を多くするべく体を動かして頂けるよう配慮している。医師に相談しながら、便秘の方でも強い便秘薬は使用せず、整腸剤に変更したり、牛乳等の飲み物、ホットパック等を使用し、改善が見られた。		
45	(17)	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々にそった支援をしている	曜日設定はあるが、無理強いせず、本人の希望を聞き、清潔保持ができる範囲で対応している。利用者同士で話し合っ順番を決めてもらうこともある。	入浴は週3回10時30分～16時の間に、利用者が順番を決めて入ってもらっており、介助の要らない人は毎日でも入ることは可能です。現在拒否する人は無く、入浴剤を入れたり、季節の柚子湯や菖蒲湯で入浴を楽しんでいます。また銭湯に行くことを楽しみにしている人もおり、支援しています。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	本人の状態や訴えに応じて対応している。夕方から落ち着きがなくなるケースが多いため、夜、安心して眠れるような声かけを心がけている。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	服薬一覧表を作成し、常用されている薬の把握に努め、常に状態の把握と様子観察を行っている。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	外出、外食、散歩、趣味、レクリエーション等興味のあるものを探し、できることが増え、イキイキと過ごせるよう支援している。		
49	(18)	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。又、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	天候や人員により、多少のズレはあるが、希望された時に散歩や買い物等に行けるよう努めている。月に一度は、普段行けないところに外出している。希望を聞き出し、実行することで、気軽に希望を伝えて下さることが増えてきた。	週4日は周辺に散歩に行き、買い物は週2日は行っています。庭に出て水やりや畑の世話を楽しんで気分転換をしています。月に1回、希望を聴いて琵琶湖や高台寺、奈良公園、長岡天神、高島屋などにドライブで行っています。また、個別の支援として清水寺に行っている人もいたり、家族と一緒に外食や買い物、法事や墓参りに出かけています。	

グループホーム メイプルリーフ

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	本人の希望があれば、家族と検討し、所持して頂けるよう支援している。		
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	家族の理解を得て、本人の電話したい時に電話をしたり、本人の意向を聞きながら手紙を書いて送ったり、FAXを利用したりしている。		
52	(19)	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激(音、光、色、広さ、温度など)がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	季節ごとに飾り付けを変えたり、作ってもらったりしている。また、季節の花を生けてもらったりしている。	リビングとダイニングでは、利用者がソファーやテーブルでそれぞれに居心地良く過ごせるよう配置しています。利用者と一緒に作った花火やヒマワリの装飾が壁に飾られ、庭の花を食卓に飾り、季節感を感じられるようにしています。手づくりのカレンダーやホワイトボードに外出の予定が記入されています。テレビが置いてあるリビングは大きなソファーにパッチワークのカバーやたくさんのぬいぐるみから家庭的な雰囲気があり、湿度や温度を管理して居心地良く過ごせるようにしています。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	利用者の意見も聞きながら、くつろげる空間作りに努めている。		
54	(20)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	自宅から愛用品や写真を持ってきてもらい、居室に飾り、これまでとつながりが切れないう工夫している。	馴染みのベッドや筆筒、大切にしていた家族の写真、遺影、仏壇や縫いぐるみを持ってきてもらい、家族と一緒に設えています。ドアの前には家で使っていた暖簾を掛けて自宅と同じ雰囲気となっています。居室の前の表札は敬老会の時に家族と一緒に作ったものを掛けています。生活スタイルに合わせて、畳を敷き布団で休まれることもできます。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	ソファーや手すりをつたって自力での歩行が出来るよう配置を変えたり、見守りながらできることはして頂き、又は一緒に行いできるだけ安全に自立した生活を目指している。		